KEMENTERIAN KESEHATAN RI
PUSAT PROMOSI KESEHATAN

PANDUAN PENGGUNAAN

DANA BAGI HASIL CUKAI HASIL TEMBAKAU (DBHCHT)

DI BIDANG KESEHATAN

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas ijin dan karuniaNya sehingga Pedoman Penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) dalam Bidang Kesehatan dapat tersusun dan diterbitkan.

Dalam Undang-Undang nomor 39 tahun 2007 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 11 tahun 1995 tentang Cukai, dan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 54/ PUU-VI/2008, telah ditentukan bahwa penerima cukai hasil tembakau adalah provinsi penghasil cukai hasil tembakau dan provinsi penghasil tembakau.

Penggunaan DBHCHT telah diatur dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 20/ PMK.7/2009. Penggunaan dana tersebut salah satunya adalah untuk kegiatan **pembinaan terhadap lingkungan sosial.** Kegiatan pembinaan lingkungan sosial pada dasarnya mengatur dua hal, yaitu pertama ; pembinaan terhadap petani tembakau dan kedua perlindungan terhadap dampak buruk dari rokok dalam bidang kesehatan.

Pada pedoman ini dijelaskan tentang penggunaan DBHCHT terhadap dampak buruk dari rokok terhadap kesehatan. Dalam hal ini penggunaan dana dapat diperuntukan; **pertama,** kegiatan dalam rangka penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan pengadaan tempat khusus untuk merokok di tempat umum, **kedua** ; penyediaan fasilitas perawatan kesehatan bagi penderita akibat dampak asap rokok. Dalam penggunaan dana ini untuk masing-masing kegiatan dijelaskan tujuan, indikator keberhasilan, strategi dan langkah-langkahnya.

Pedoman ini diharapkan bisa menjadi panduan bagi pemerintah daerah dan pihak terkait dalam penggunaan DBHCHT untuk bidang kesehatan. Dengan adanya pedoman ini diharapkan penggunaan DBHCHT dalam bidang kesehatan bisa terlaksana secara optimal.

Pada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan Pedoman ini kami ucapkan terima kasih. Semoga pedoman ini bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, November 2012
Kepala Pusat Promosi Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI

dr. Lily S. Sulistyowati, MM

SAMBUTAN DIREKTUR DANA PERIMBANGAN DITJEN PERIMBANGAN KEUANGAN KEMENTERIAN KEUANGAN

Syukur Alhamdulillah, sejak digulirkannya kebijakan terkait Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) tahun 2007 melalui UU Nomor 39 tahun 2007 tentang Cukai dan Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 54/PUU-VI/2008 tahun 2008, setiap tahunnya Pemerintah telah mengalokasikan dan menyalurkan DBHCHT sebesar 2% (dua persen) dari penerimaan negara cukai hasil tembakau yang dibuat di Indonesia kepada provinsi Penghasil Cukai Hasil Tembakau dan Provinsi Penghasil Tembakau, yang selanjutnya oleh Provinsi Penerima DBHCHT bersangkutan dibagikan kepada provinsi/kabupaten/ kota di wilayahnya dengan komposisi 30% (tiga puluh persen) untuk provinsi penghasil, 40% (empat puluh persen) untuk kabupaten/kota daerah penghasil, dan 30% (tiga puluh persen) untuk kabupaten/kota lainnya.

DBHCHT yang dibagikan tersebut bersifat specific grand, dimana penggunaannya sudah diarahkan untuk mendanai kegiatan tertentu sebagaimana diatur dalam Pasal 66A UU Nomor 39 tahun 2007 ayat (1) yaitu untuk mendanai peningkatan kualitas bahan baku, pembinaan industri, pembinaan lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan di bidang cukai, dan/atau pemberantasan barang kena cukai ilegal. Selanjutnya kelima kegiatan tersebut dirinci lebih detil menjadi 21 (dua puluh satu) sub jenis kegiatan sebagaimana diatur dalam PMK 84/PMK.07/2008 jo. PMK Nomor 20/PMK.07/2009 tentang Penggunaan DBHCHT dan Sanksi atas Penyalahgunaan DBHCHT.

Pengaturan penggunaan DBHCHT tersebut pada dasarnya merupakan bentuk sharing kewajiban Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah penerima DBHCHT guna mendukung pelaksanaan pencapaian tujuan pengenaan cukai hasil tembakau yaitu dalam rangka pengendalian dan pengawasan serta mitigasi terhadap dampak negatif yang ditimbulkan produk tembakau disamping juga dalam rangka optimalisasi penerimaan negara CHT sebagaimana dimaksud dalam ketentuan Pasal 2 UU Nomor 39 tahun 2007.

Dengan pengaturan kebijakan DBHCHT sebagaimana tersebut di atas, maka sudah seharusnya DBHCHT yang diberikan kepada daerah penerima digunakan sesuai peruntukannya. Namun dalam prakteknya kondisi yang terjadi malah sebaliknya, masih ditemukannya berbagai kegiatan penggunaan DBHCHT yang tidak sesuai dengan peruntukannya. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan terhadap rencana kerja anggaran maupun realisasi penggunaan anggaran DBHCHT dari beberapa daerah penerima masih menunjukkan ketidaktepatan daerah dalam mengalokasikan kegiatan yang sesuai dengan ketentuan, seperti penggunaan DBHCHT dalam bidang kesehatan. Masih ditemukan adanya kegiatan pengadaan sarana dan prasarana kesehatan yang tidak ada kaitannya langsung dengan penanganan penyakit akibat dampak asap rokok atau penempatan kegiatan DBHCHT untuk meangani penyakit menular, HIV/AIDS,

Keluarga Berencana, dan sebagainya. Kondisi ini tentu berakibat tidak hanya terhadap ketidak tercapaian tujuan cukai hasil tembakau tersebut, namun juga berpotensi menyalahi ketentuan yang berlaku.

Dari hasil evaluasi maupun kunjungan yang dilakukan di beberapa daerah, ternyata kondisi ketidaktepatan dalam pengalokasian penggunaan DBHCHT tersebut hampir merata terjadi disemua daerah, dan salah satu penyebabnya adalah faktor kurangnya pemahaman unit/aparatur pelaksana di daerah dalam menterjemahkan aturan pelaksanaan penggunaan DBHCHT sebagaimana tertuang dalam PMK 84/PMK.07/2008 jo. PMK Nomor 20/PMK.07/2009, meskipun sosialisasi maupun konsultasi atas pemahaman aturan penggunaan ini sudah sering dilakukan oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Provinsi Penerima.

Pada tahun 2012 DBHCHT telah memasuki tahun kelima pelaksanaannya, berbagai macam tanggapan para pengelola dana DBHCHT di daerah terhadap muatan PMK telah didengar, disatu pihak ada yang menyatakan bahwa pengaturan dalam PMK sangat membatasi penggunaan, namun di pihak lain ada yang menginginkan pengaturan yang lebih rinci lagi. Dalam rangka mengatasi berbagai permasalahan tersebut terutama untuk menjawab berbagai persoalan penggunaan DBHCHT di bidang kesehatan, kami menyambut baik kehadiran buku “Pedoman Penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) dalam Bidang Kesehatan” yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan Kementerian Keuangan. Dengan kehadiran buku pedoman ini diharapkan dapat membantu daerah dalam menyusun dan merencanakan kegiatan DBHCHT di bidang kesehatan yang tepat sasaran dan sesuai dengan ketentuan sehingga diharapkan pada gilirannya DBH CHT yang diberikan dapat digunakan secara optimal sesuai dengan tujuannya.

Akhir kata kami mengucapkan banyak terimakasih kepada Kementerian Kesehatan serta pihak-pihak lain yang terlibat dalam penyusunan pedoman ini atas kontribusi yang diberikan dalam membantu menyelesaikan berbagai persoalaan yang terjadi selama ini dalam penggunaan DBH CHT di bidang kesehatan. Semoga upaya yang telah dilakukan dapat memberikan manfaat yang baik bagi kita semua dalam pelaksanaannya.

Jakarta, 21 Oktober 2012
Direktur Dana Perimbangan
Ditjen Perimbangan Keuangan
Kementerian Keuangan,

Drs. Pramudjo, M.Soc.Sc

PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai yang diamandemen menjadi UU Nomor 39 tahun 2007 mengatur kebijakan di bidang Cukai terutama pengaturan pembagian dan penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) kepada daerah penghasil. Pemikiran yang berkembang pada tahun 2007 menghasilkan ketetapan pasal 66A UU Nomor 39 tahun 2007 ayat 1 yang menyebutkan bahwa penerimaan negara dari cukai hasil tembakau sebesar 2% dibagikan kepada Provinsi penghasil cukai hasil tembakau. Selanjutnya melalui Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 54/PUU-VI/2008 ditetapkan bahwa Provinsi penghasil tembakau juga menerima DBHCHT.

DBHCHT yang dibagikan ke daerah penghasil bersifat earmarking, dimana penggunaan DBHCHT sudah diarahkan untuk mendanai kegiatan tertentu dalam rangka pengendalian, pengawasan dan mitigasi dampak negatif yang ditimbulkan dari produk hasil tembakau serta optimalisasi penerimaan CHT. Pasal 66A UU Nomor 39 tahun 2007 ayat 1 mengatur penggunaan DBHCHT tersebut, yaitu untuk :

Mendanai peningkatan kualitas bahan baku
Pembinaan industri
PEMBINAAN LINGKUNGAN SOSIAL
Sosialisasi ketentuan di bidang cukai, dan/atau
Pemberantasan barang kena cukai ilegal

Diantara 5 peruntukan ini, peruntukan ketiga atau pembinaan lingkungan sosial mengamanatkan adanya perlindungan bagi warganya terhadap dampak negatif produk hasil tembakau (rokok) di bidang kesehatan. Hal ini juga sejalan dengan amanat Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 113 sampai pasal 116.

Selanjutnya dalam PMK Nomor 20/PMK.07/2009 yang mengatur lebih detil tentang penggunaan DBHCHT, di jelaskan bahwa kegiatan "pembinaan lingkungan sosial" meliputi:

Pembinaan kemampuan dan keterampilan kerja masyarakat di lingkungan industri hasil tembakau dan / atau daerah penghasil bahan baku industri hasil tembakau
Penerapan manajemen limbah industri hasil tembakau yang mengacu kepada analisis dampak lingkungan (AMDAL)
Penetapan Kawasan Tanpa Rokok dan pengadaan tempat khusus untuk merokok di tempat umum
Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan penyediaan fasilitas perawatan kesehatan bagi penderita akibat dampak asap rokok

Penguatan sarana dan prasarana kelembagaan pelatihan bagi tenaga kerja industri hasil tembakau, dan/atau Penguatan ekonomi masyarakat di lingkungan industri hasil tembakau dalamrangka pengentasan kemiskinan, mengurangi pengangguran, dan mendorong pertumbuhan ekonomi daerah, dilaksanakan antara lain melalui bantuan permodalan dan sarana produksi

“Dari keenam peruntukan tersebut, peruntukkan ketiga dan keempat merupakan bentuk perlindungan terhadap dampak buruk rokok dalam bidang kesehatan”

sedangkan peruntukkan pertama, kelima dan keenam adalah untuk memberikan keterampilan lain kepada petani atau buruh tembakau guna meningkatkan derajat kesejahteraannya.

Blue print ini membahas mengenai peruntukan ketiga dan keempat yang berkaitan dengan bidang kesehatan agar penggunaan DBHCHT tepat sasaran sesuai dengan amanat UU Nomor 39 tahun 2007 tentang Cukai, UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 20/PMK.07/2009 tentang Penggunaan DBHCHT.

BAGIAN PERTAMA:
PENETAPAN KAWASAN TANPA ROKOK DAN PENGADAAN TEMPAT KHUSUS UNTUK MEROKOK DI TEMPAT UMUM

Sebagian besar perokok merokok di depan orang lain, sementara asap rokok tidak hanya berdampak pada perokok namun juga pada orang disekitarnya. Hal ini disebabkan karena rokok mengeluarkan asap utama, yaitu asap yang dihembuskan setelah menghisap rokok, dan juga asap sampingan yaitu asap sebagai hasil pembakaran kecil diujung rokok yang terbakar saat rokok tidak dihisap. Pemerintah berkewajiban melindungi masyarakat dalam peningkatan derajat kesehatan dengan peraturan kawasan tanpa rokok.

TUJUAN:

Menciptakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di berbagai tatanan sebagai bentuk perlindungan pemerintah pada masyarakat terkait dampak asap rokok

Meningkatkan peran serta masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan terhadap pelaksanaan KTR

Terbentuknya sistim pemantauan, pembinaan dan sanksi terhadap pelanggaran KTR

INDIKATOR KEBERHASILAN:

Terbitnya peraturan daerah tentang KTR sebagai bentuk perlindungan pemerintah terhadap dampak asap rokok

Adanya peraturan daerah tentang KTR di berbagai tatanan

Adanya sistim pemantauan, pembinaan dan sanksi terhadap pelanggaran KTR yang melibatkan masyarakat

Meningkatnya perilaku kepatuhan terhadap KTR di berbagai tatanan

STRATEGI:

A. Upaya untuk membuat peraturan daerah tentang KTR
B. Penyebarluasan informasi tentang KTR pada masyarakat
C. Pemberdayaan masyarakat untuk terlibat aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan KTR
D. Monitoring dan evaluasi penerapan KTR

Pertemuan lintas sektor dalam membahas konsep, menentukan peran yang diperlukan dalam pengembangan KTR.

STRATEGI A:

Upaya untuk Membuat Peraturan Daerah tentang KTR

Upaya ini mencakup berbagai tahapan kegiatan yang intinya adalah Provinsi dan Kabupaten/Kota dan masyarakat melakukan advokasi kepada DPRD untuk menyusun peraturan daerah tentang KTR berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/MENKES/PB/2011 dan Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan KTR, yang ditindaklanjuti dengan surat Menteri Dalam Negeri Nomor 440/885/SJ tanggal 22 Maret 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan KTR sebagai upaya untuk melindungi dampak asap rokok bagi masyarakat.

LANGKAH-LANGKAH:

MENYUSUN NASKAH AKADEMIK TENTANG KTR GUNA MEMBERIKAN DASAR ILMIAH DAN BERBASIS DATA TENTANG PENTINGNYA PEMBENTUKAN KTR.

Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan:

Mengumpulkan data dasar tentang prevalensi merokok secara umum maupun untuk remaja, data besaran masalah merokok, data orang miskin merokok, data PHBS khususnya perilaku merokok di dalam rumah (bersumber dari: Susenas, Susedaprop, Surkesda,

Riskesdas, dll) dalam rangka penetapan kawasan tanpa asap rokok

Melakukan survey kecil atau bersifat lokal dan spesifik terkait perilaku merokok di tempat umum atau pendapat masyarakat tentang pentingnya KTR dsb dengan metode survey cepat jajak pendapat (pooling survey).

Studi banding ke daerah lain yang telah berhasil menerapkan KTR untuk memperkuat kapasitas tim penyusun Naskah Akademik.

Seminar/Diskusi Kelompok Terarah (FGD) untuk mengumpulkan berbagai bukti tentang dampak asap rokok terhadap orang disekitarnya.

MENYUSUN DRAFT RANCANGAN PERATURAN DAERAH SESUAI DENGAN UNDANG-UNDANG DAN PERATURAN-PERATURAN TERKAIT.

Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan:

Melakukan pertemuan dengan lintas sektor untuk menyamakan persepsi dan membahas konsep dan merumuskan kegiatan yang diperlukan dalam pengembangan KTR serta menentukan peran yang dapat dilakukan oleh masing-masing sektor dalam penetapan KTR

Seminar/FGD untuk membahas undang-undang dan peraturan terkait KTR sebagai pedoman penyusunan draft KTR

Lokakarya menyempurnakan draft yang telah disusun

PEMBAHASAN DENGAN DPRD TENTANG RAPERDA YANG TELAH DISUSUN.

Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan:

- Studi banding ke daerah lain yang telah berhasil melaksanakan KTR untuk memberikan pemahaman yang tepat tentang konsep KTR
- Diseminasi draft yang telah disusun pada pemangku kebijakan untuk menyamakan persepsi tentang konsep KTR
- Seminar/FGD untuk memaparkan draft KTR dan dasar hukumnya dan atau bukti-bukti ilmiah yang mendukung tentang pentingnya KTR sebagai bentuk upaya perlindungan pemerintah terhadap masyarakat
- Konsinyering atau rapat-rapat untuk mendapatkan tanggapkan dan masukan tentang draft yang telah disusun

PENETAPAN RANCANGAN PERATURAN DAERAH(RAPERDA) MENJADI PERATURAN DAERAH (PERDA).

- Rapat kecil pembahasan Rancangan Peraturan Daerah
- Rapat pleno penetapan Peraturan Daerah

MENYUSUN PEDOMAN PELAKSANAAN KTR.

- Rapat kecil pembahasan Pedoman Pelaksanaan KTR
- Lokakarya penyusunan Pedoman Pelaksanaan KTR dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan dan masyarakat

CATATAN:
Penyusunan Perda KTR dilakukan dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan terkait antara lain berbagai SKPD, kelompok masyarakat berbasis agama, LSM, profesi, akademisi, asosiasi perdagangan/bisnis, PKK dan organisasi lain relevan di daerah masing-masing.

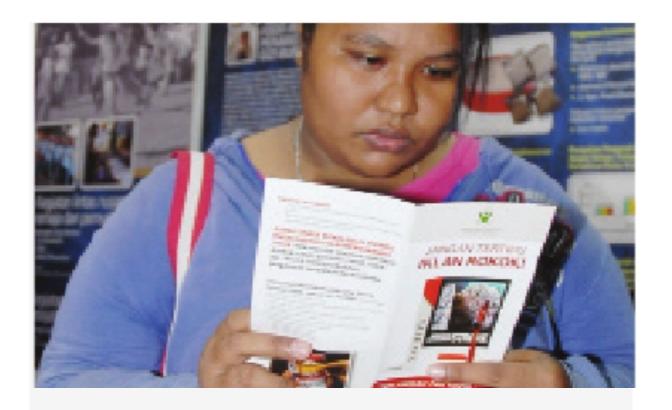
STRATEGI B:

Penyebarluasan informasi tentang KTR

Informasi tentang KTR dan mengapa KTR perlu ditetapkan oleh pemerintah daerah harus disebarluaskan pada masyarakat setempat. Pada umumnya sebelum KTR dilaksanakan perlu dilakukan kampanye tentang KTR yang dilaksanakan secara serentak agar masyarakat dapat memahami dan mematuhi KTR. Setelah itu KTR diterapkan pada setiap SKPD dan setiap tatanan KTR.

LANGKAH-LANGKAH:

Melakukan kampanye tentang kawasan tanpa asap rokok pada masyarakat luas. Kegiatan ini dapat dilakukan antara lain dengan Lokakarya penerapan KTR.

Membuat pesan tentang kawasan tanpa rokok baik dalam bentuk papan, spanduk atau poster, leaflet, buku balik

Membuat buku saku dan atau selebaran tentang dampak negatif asap rokok dan membagi-bagikannya pada kawasan tanpa rokok

Membuat penandaan KTR pada masing-masing tatanan; fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang di tetapkan

Melakukan penyebar luasan informasi tentang peraturan Penerapan Kawasan Tanpa Asap Rokok pada masing-masing SKPD dan masing-masing tatanan yaitu pada fasilitas pelayanan kesehatan, tempat proses belajar, tempat anak bermain, tempat ibadah, angkutan umum, tempat kerja, tempat umum dan tempat lain yang di tetapkan. Hal ini dapat dilakukan antara lain dengan lomba-lomba penerapan KTR di masing-masing SKPD dan Tatanan

KAWASAN DILARANG
MEROKOK
(NO SMOKING AREA)
PERLUAS
KAWASAN
TANPA ROKOK
UNTUK
KESEHATAN
PUBLIK
TANPA
ROKOK
AREA KTR MELIPUTI:

STRATEGI C:

Pemberdayaan masyarakat untuk terlibat aktif dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan KTR

Masyarakat perlu diberdayakan dan digerakan untuk turut melaksanakan, mendukung dan mengawasi pelaksanaan KTR. Dalam hal ini kelompok yang dilibatkan adalah kelompok masyarakat berbasis keagamaan, kader kesehatan, kelompok perempuan, profesi kesehatan maupun non kesehatan, akademisi, pelajar/mahasiswa, asosiasi bisnis/perdagangan/pertokoan atau yang relevan.

LANGKAH-LANGKAH:

- Pelatihan bagi pelatih (TOT) tentang KTR pada masyarakat setempat
- Pelatihan tentang KTR yang dilakukan oleh masyarakat pada kelompoknya
- Memfasilitasi masyarakat untuk melakukan diskusi kelompok tentang KTR
- Memfasilitasi masyarakat melaksanakan ketentuan KTR pada ruang lingkup yang telah disepakati
- Memfasilitasi masyarakat membentuk kelompok kerja yang memonitor pelaksanaan KTR dalam ruang lingkupnya

STRATEGI D:

Monitoring dan evaluasi penerapan KTR

Monitoring dan Evaluasi terhadap penegakan hukum terkait penegakan peraturan KTR oleh instansi terkait perlu dilakukan agar kepatuhan masyarakat meningkat dengan melibatkan peran serta masyarakat untuk memantau kepatuhan pelaksanaan KTR .

LANGKAH-LANGKAH:

BERSAMA INSTANSI TERKAIT, MENYUSUN SISTEM PEMANTAUAN PELAKSANAAN KTR YANG MELIBATKAN BERBAGAI KOMPONEN DI MASYARAKAT.

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Lokakarya penyusunan sistem pemantauan oleh masyarakat
- Lokakarya penyusunan sistem pengaduan masyarakat terhadap pelanggaran KTR

BERSAMA INSTANSI TERKAIT, MENINGKATKAN KAPASITAS SDM TERKAIT PEMANTAUAN PELAKSANAAN KTR

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Meningkatkan kapasitas SDM dalam memahami peraturan KTR
- Meningkatkan kapasitas masyarakat untuk melakukan pemantauan pelaksanaan KTR

MENYEBARLUASKAN INFORMASI TENTANG SISTEM PENEGAKAN HUKUM, PEMANTAUAN KTR

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Membuat buku saku dan atau selebaran tentang peraturan dan sanksi terhadap pelanggaran KTR
- Melakukan kampanye serentak tentang sistim pemantauan KTR

BEKERJASAMA DENGAN INSTANSI TERKAIT, MELAKUKAN EDUKASI PADA PELANGGAR KTR TENTANG DAMPAK DARI PELANGGARAN YANG DILAKUKAN SECARA BERKALA

Langkah-langkah:

1. Pembentukan sistim pembinaan bagi pelanggar KTR
   - Lokakarya pembentukan sistem pembinaan bagi pelanggar KTR dengan melibatkan berbagai sektor dan masyarakat madani
   - Lokakarya pembentukan kelompok pembina KTR yang berasal dari berbagai SKPD, guru, akademisi, LSM, kader dsb

2. Peningkatan kapasitas bagi kelompok pembina KTR
   - Pelatihan bagi petugas pembina yang terdiri dari berbagai SKPD, guru, akademisi, LSM, kader dsb
   - Pembuatan modul bahan ajar bagi kelompok pembina
   - Pembuatan KIE (komunikasi, informasi, edukasi) untuk pembinaan

3. Pembinaan bagi pelanggar KTR
    - Ceramah Pembinaan dan diskusi

Catatan:
Pembinaan dapat dilakukan sesuai dengan peraturan yang ada.

4. Evaluasi pelaksanaan KTR
    - Survei kepatuhan diberbagai tatanan
    - FGD dengan berbagai kelompok
    - Evaluasi sistim pemantauan dan pengaduan masyarakat
    - Evaluasi sistim pembinaan pelanggar KTR
    - Apresiasi terhadap area yang berhasil menerapkan KTR dengan kepatuhan tinggi
    - Survei jajak pendapat untuk mengetahui dukungan masyarakat terhadap peraturan KTR

BAGIAN KEDUA:

TERSEDIANYA FASILITAS PERAWATAN KESEHATAN BAGI PENDERITA AKIBAT DAMPAK ASAP ROKOK

TUJUAN:

Meningkatkan akses deteksi dini akibat dampak asap rokok baik bagi perokok aktif maupun pasif

Meningkatkan rehabilitasi perilaku baik bagi perokok aktif maupun pasif terhadap perilaku yang dapat menimbulkan dampak lebih buruk akibat asap rokok

Tersedianya sistem rujukan perawatan baik bagi perokok aktif maupun pasif akibat dampak asap rokok

Meningkatnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan baik bagi perokok aktif maupun pasif akibat dampak asap rokok

INDIKATOR KEBERHASILAN:

Meningkatnya deteksi dini akibat dampak asap rokok pada perokok dan korban di sekitarnya

Terjadinya rehabilitasi perilaku yang dapat mengurangi dampak asap rokok pada perokok dan korban di sekitarnya

Adanya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan baik bagi perokok aktif maupun pasif akibat dampak asap rokok

STRATEGI:

A. Meningkatkan akses terhadap deteksi dini dampak asap rokok baik pada perokok pasif maupun aktif
B. Meningkatkan akses terhadap konseling rehabilitatif baik pada perokok aktif maupun pasif
C. Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan baik bagi perokok aktif maupun pasif akibat dampak asap rokok

STRATEGI A:

Meningkatkan akses terhadap deteksi dini melalui pemeriksaan terhadap dampak asap rokok baik pada perokok aktif dan pasif

Dampak rokok terhadap kesehatan bersifat jangka panjang antara lain dengan meningkatnya tekanan darah, berkurangnya oksigen dalam darah, menyempitnya pembuluh darah dsb. Hal ini merupakan faktor risiko terhadap penyakit degeneratif lainnya. Oleh karena itu pemantauan terhadap indikator kesehatan yang penting merupakan strategi penting untuk mencegah penyakit terkait rokok.

LANGKAH-LANGKAH:

Penyediaan fasilitas deteksi dini dampak asap rokok terhadap kesehatan. Penyediaan fasilitas yang dapat dilakukan:

- Melakukan deteksi dini dampak asap rokok terhadap ruangan yang terpapar asap rokok dalam bentuk partikulat dan nikotin, dengan alat Partikulat Meter 2,5.
- Melakukan deteksi dini kepada perokok aktif dan perokok pasif, baik pada organ-organ target maupun komplikasi tubuh perokok aktif dan pasif, berakibat kepada penyakit yang faktor risikonya oleh asap rokok (alat deteksi dini terlampir).

Posbindu PTM di masyarakat untuk membantu deteksi dini penyakit terkait rokok.

Membentuk tim deteksi dini pada berbagai jenis pelayanan kesehatan. Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Pertemuan-pertemuan pembentukan tim deteksi dini pada berbagai jenis pelayanan kesehatan.
- Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan tim deteksi dini dalam pelayanan kegiatan deteksi dini.

Meningkatkan kapasitas petugas puskesmas dalam penggunaan berbagai peralatan deteksi dini dan pemeriksaannya. Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Pelatihan bagi petugas dalam menggunakan berbagai peralatan deteksi dini dan pemeriksaannya.
- Pelatihan bagi petugas dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan sistim pencatatan pelaporan

Membangun sistim rujukan untuk kasus yang tidak dapat ditangani di tingkat pelayanan primer ke tingkat yang lebih tinggi. Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Lokakarya pembentukan sistim rujukan untuk kasus yang tidak dapat ditangani di Puskesmas.
- Pelatihan petugas dalam melakukan penanganan kasus di berbagai level pelayanan kesehatan mulai tingkat primer ke tingkat yang lebih tinggi.
- Pengadaan media sarana prasarana pendukung sistim rujukan

Melakukan ekspansi deteksi dini pada unit usaha baik pihak swasta, profesi maupun masyarakat madani. Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Seminar tentang deteksi dini akibat dampak rokok dengan melibatkan berbagai sektor dan masyarakat madani
- Seminar tentang penyakit terkait dampak rokok

Monitoring dan evaluasi kegiatan deteksi dini.Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Pembentukan tim pemantau deteksi dini dengan melibatkan aparat kecamatan dan kelurahan.
- Supervisi tim pemantau terhadap kegiatan deteksi dini dan peralatannya.
- Lokakarya penyusunan format pelaporan deteksi dini.
- Lokakarya pembahasan hasil pencatatan dan pelaporan jumlah dan hasil pemeriksaan deteksi dini beserta rujukannya.
- Penelitian evaluasi hasil deteksi dini.
- Seminar hasil evaluasi deteksi dini dampak rokok bagi kesehatan.

STRATEGI B:

Meningkatkan akses terhadap konseling rehabilitasi perilaku baik pada pada perokok aktif maupun pasif

Konseling untuk rehabilitasi perilaku baik sangat dibutuhkan, baik perokok aktif maupun perokok pasif agar kondisi kesehatan mereka tidak semakin memburuk. Penyediaan fasilitas konseling, bisa berbentuk klinik atau tergabung dengan klinik paru atau penyakit terkait rokok.

LANGKAH-LANGKAH:

MENYEDIAKAN FASILITAS KONSELING

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Renovasi ruang konseling
- Pengadaan fasilitas ruang konseling
- Pengadaan media dan alat peraga KIE

MENINGKATKAN KAPASITAS KONSELOR REHABILITASI PERILAKU BAGI PENDERITA AKIBAT DAMPAK ASAP ROKOK BAIK AKTIF MAUPUN PASIF

Kegiatan yang dapat dilakukan: Pelatihan konseling rehabilitasi berhenti merokok pada petugas kesehatan

MENYUSUN JADWAL DAN SISTIM PENERIMAAN KLIEN

Kegiatan yang dapat dilakukan: Lokakarya penyusunan prosedur penerimaan klien

MELIBATKAN MASYARAKAT UNTUK MEMBANGUN KEBUTUHAN (CREATE DEMAND) KONSELING REHABILITASI PERILAKU

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Pelatihan konseling mengurangi dampak rokok bagi kesehatan pada kader kesehatan, dan kelompok masyarakat lain
- Penyebaran informasi tentang sistim rujukan ke puskesmas untuk konseling rehabilitasi perilaku merokok

MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN KONSELING

Kegiatan yang dapat dilakukan:

- Pembentukan tim pemantau konseling dengan melibatkan aparat kecamatan dan kelurahan.
- Supervisi suportif tim pemantau konseling rehabilitasi perilaku yang dilakukan tenaga kesehatan.
- Supervisi suportif tim pemantau konseling mengurangi dampak buruk rokok yang dilakukan kader, atau kelompok masyarakat lainnya.
- Lokakarya penyusunan format pelaporan konseling.
- Lokakarya pembahasan hasil pelaporan konseling rehabilitasi perilaku
- Lokakarya pembahasan hasil pelaporan konseling mengurangi dampak rokok terhadap kesehatan.

Konseling Berhenti Merokok bagi tukang ojek di lingkungan sekitar masyarakat.

Penelitian evaluasi hasil konseling rehabilitasi perilaku pada petugas kesehatan.

Penelitian evaluasi hasil konseling mengurangi dampak rokok yang dilakukan kader, atau kelompok masyarakat lainnya.

Seminar hasil evaluasi konseling rehabilitasi perilaku yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

Seminar hasil evaluasi konseling dampak rokok bagi kesehatan yang dilakukan oleh kader atau kelompok masyarakat lainnya.

STRATEGI C:

Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan baik bagi perokok aktif maupun pasif akibat dampak asap rokok.

Sarana dan prasarana pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan bagi masyarakat yang terkena dampak asap rokok, baik bagi perokok aktif maupun perokok pasif. Adanya sarana dan prasarana ini diharapkan dapat meningkatkan atau memperbaiki kesehatan mereka yang pada akhirnya dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

LANGKAH-LANGKAH:

Menyediakan fasilitas perawatan dampak asap rokok terhadap kesehatan perokok aktif maupun pasif di tingkat pelayanan kesehatan primer/Puskesmas baik pada perokok aktif maupun pasif.
Penyediaan fasilitas perawatan dampak asap rokok dilakukan sesuai dengan sistim pengadaan yang berlaku

Pertemuan dengan sektor terkait untuk membahas kebutuhan di daerah terkait perawatan bagi perokok aktif maupun pasif akibat dampak asap rokok. Kegiatan yang dapat dilakukan dalam hal ini yaitu:

Melakukan pertemuan dengan melibatkan sektor terkait misalnya rumah sakit, balai pelayanan kesehatan paru, dinas kesehatan, profesi kesehatan, dll untuk membahas kebutuhan pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan bagi masyarakat yang terkena akibat dampak asap rokok.
Keputusan tentang jenis pelayanan kesehatan tersebut, dikuatkan dengan kebijakan resmi dari pemerintah daerah sesuai dengan sistim yang berlaku.

Pengadaan ruang perawatan khusus, peralatan medis dan obat-obatan bagi masyarakat yang terkena akibat dampak asap rokok. Kegiatannya:

Pengadaan sarana dan prasarana yang dimaksud di atas dilakukan setelah ada keputusan dari pemerintah setempat yang ditandai dengan surat keputusan/surat edaran/himbauan/instruksi..
Pengadaan sarana dan prasarana tersebut dilakukan oleh instansi terkait misalnya rumah sakit atau balai pelayanan kesehatan paru atau dinas kesehatan tergantung dari tugas pokok dan fungsi dari instansi masing-masing.

LAMPIRAN ALAT DETEKSI DINI & FALITITAS PELAYANAN KESEHATAN TERKAIT PENYAKIT AKIBAT ROKOK

NAMA ALAT	KETERANGAN
Spirometer	Alat pengukur kemampuan kapasitas paru
Peak flow meter	Alat pengkur arus puncak pernafasan
Micro CO analizer	Alat pengukur kadar Karbon monoksida
Kolesterol check	Alat pengukur kadar kolesterol darah
Glukosa check	Alat pengukur kadar gula darah
Kotinin urine	Alat pengukur kadar nikotin dalam urine
Nebulizer	Alat perawatan bagi penderita penyakit pernafasan akibat rokok (PPOK)
Electro Kardio Grafi	Alat perekam fungsi jantung

PENGARAH
Dr. Lily S. Sulistyowati, MM

PENYUSUN
DR. Drs. Nana Mulyana, SKM, M.Kes
DR. Ir. Bambang Setiaji, SKM, M.Kes
Andi Sari Bunga Untung, SKM, MSc(PH)
DR. Dra. Rita Damayanti, MSPH
Ardimansyah SE, MM

KONTRIBUTOR
Widyastuti Wibisana, MSc(PH)
Ismoyowati, SKM, M.Kes
Zuraida Thoha, SKM, MPH
Abdillah Ahsan, SE, MSE
Ir. Nur Hadi Wiyono, MSi
Ari Gemini Parbinoto, SE,Ak, MM
Krisnandar, SE
Margaretha Yuliani, SKM, MM
Dr. Dian Meutia Sari
Bayu Aji, SE, MSc(PH)
drg. Ivo Syayadi, M.Kes
drg. Ramadanura, MPHM
Setio Nugroho, S.Sn
Suharti, S.IP
Pang Rengga Sudira
Iis Bilqis Robitoh